

# Trudne decyzje prawno – moralne w zdarzeniach masowych

**Dominik Kaleta**

Krakowska Akademia  
im. Andrzeja Frycza – Modrzewskiego

Promotor:

dr Ewa Kurlito – Kalitowska

## **Streszczenie**

*Podstawowym zadaniem ratownika medycznego jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia. Realizacji roli jaka wpisana jest w ten zawód służy zdolność utrzymania ciągłej gotowości do natychmiastowego podjęcia czynności ratunkowych w możliwie jak najkrótszym czasie, odpowiednie zorganizowanie działań ratowniczych, segregacja poszkodowanych oraz ich wsparcie psychologiczne. W swojej pracy ratownik musi niejednokrotnie dokonywać trudnych decyzji, zmierzających do uratowania jak największej liczby osób. Z tego również powodu jego życie narażone jest na dodatkowy stres, wywołający różnorodne emocje i zachowania. Szereg działań podejmowanych przez specjalistów zmierzają do przywrócenia w ich codzienności ładu i harmonii. Celem niniejszej pracy jest próba przybliżenia trudu i obciążenia psychicznego w zawodzie ratownika medycznego, jego powinności wynikających nie tylko z uregulowań prawnych i świadomości moralnej, ale także ukazanie konsekwencji przeżytych zdarzeń i ich wpływu na codzienne funkcjonowanie.*

### **Słowa kluczowe:**

*Zdarzenie masowe, triage, problemy moralne oraz prawne, ratownik medyczny.*

# Wstęp

Jak powszechnie wiadomo prawo ma istotne znaczenie dla ludzi, gdyż stanowi podstawę prawidłowej organizacji społeczeństwa oraz dobrobytu zarówno obywateli, jak i całego państwa [1]. Szczególną ochroną objęte jest w nim życie ludzkie, które uważane za najwyższe dobro, znajduje się pod jego szczególnym nadzorem.

W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w art. 38 jest napisane, że „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Natomiast w art. 68 Konstytucji jest mowa, że:

- *Każdy ma prawo do ochrony zdrowia;*
- *Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa;*
- *Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku [2].*

W sytuacji niebezpieczeństwa związanego np. z zagrożeniem życia ludzkiego każdy z nas zobowiązany jest do udzielenia pomocy poszkodowanym. Dodatkowo takim obowiązkiem obarczone są służby ratownicze, a więc lekarze, pielęgniarki, a także ratownicy medyczni (górscy, wodni, górniczy itd.) [3].

Ratownictwo medyczne w chwili zdarzenia masowego obrazowo przypomina niejednokrotnie rzeczywistość wojenną. W takim przypadku wszelkie emocje czy też niepewność ze strony służb ratowniczych należy odrzucić na bok. Jak uważa dr Ireneusz Weryk, specjalista medycyny ratunkowej i dyrektor ds. ratownictwa i edukacji medycznej Falck Medycyna Sp. z o. o. jest to szalenie trudne, zwłaszcza w sytuacji, gdzie konieczne jest ratowanie ludzkiego życia zgodnie z zasadami etyki lekarskiej, nakładającej ów obowiązek na osobę, która udziela pomocy, a także gotowość do poniesienia przez nią odpowiedzialności za podjęte w danej chwili postawy i czynności. Jest to również o tyle trudniejsze, że zgodnie z zasadami jakie wpojono lekarzom i ratownikom ich głównym i podstawowym obowiązkiem jest pomoc każdemu człowiekowi z zastosowaniem wszystkich wypracowanych procedur medycznych i przekonanie o tym, że każdy z poszkodowanych ma szansę na przeżycie [4].

Zawód ratownika medycznego często kojarzy nam się z kimś, kto nie boi się podejmować trudnych decyzji. Jest to osoba, która oprócz rzetelnej wiedzy wykazuje się także umiejętnością elastycznego działania i szerokim zakresem myślenia. Wiadomym jest fakt, że

to właśnie ratownicy medyczni jako pierwsi znajdują się w samym centrum danego zdarzenia i tam wśród ofiar, nie bacząc na emocje, są zmuszeni do podejmowania szybkich i trudnych dyspozycji, dotyczących tego kto ma szansę na przeżycie, a kto nie, komu należy udzielić pomocy, a komu nie jest ona aż tak bardzo w danej chwili potrzebna. Zdarza się, że podczas wykonywania swojej pracy służby ratownicze znajdują się w sytuacji, gdzie najważniejszą rzeczą jest błyskawiczna reakcja na stan zagrożenia życia pacjenta. Analizując prace ratownika można nawiązać tutaj do zasady teorii zobowiązania zgodnie, z którą im więcej wolności odczuwa człowiek podejmując decyzję o wyborze danego działania, tym silniejsze jest jego poczucie zobowiązania [5].

Zatem oczekiwania związane z osobą ratownika medycznego np. ratownika górskiego, wodnego, górniczego itd. są jak widać znaczące. Ten zawód został uznany za niezwykle humanitarny, gdyż najwyższe prawo stanowi w nim dobro samego poszkodowanego. Dlatego takie cechy charakteru jak opanowanie, spokój, przytomność umysłu, refleks, bezinteresowność i wiele innych definiują ową profesję.

Nawiązując do stosowanych praktyk w sytuacji zdarzenia, w którym doszło do tragedii prowadzenie działań ratowniczo – medycznych wymusza na ratownikach obowiązek dokonania tzw. segregacji poszkodowanych, której celem jest uratowanie czy też danie szansy przeżycia jak największej liczbie ofiar. W dalszych etapach następują po sobie kolejne elementy poszczególnych działań, które wspólnie tworzą łańcuch pomocy niesionej poszkodowanym w sytuacji zagrożenia ich życia [7]. Ma to fundamentalne znaczenie w momencie, gdy wysoka liczba rannych przerasta możliwości służb i nie każdy dotknięty wypadkiem ma szansę zostać zaopatrzony zgodnie z obowiązującymi procedurami. To trudne wyzwanie, ponieważ w przypadku katastrofy czy też wypadku poranionych osób jest bardzo dużo. Wszędzie słychać jęki, krzyki, wołanie o pomoc. Każdy poszkodowany stara się zwrócić na siebie uwagę ratowników, wychodząc z założenia, że to właśnie jego przypadek jest najtrudniejszy i to jemu jako pierwszemu pomoc medyczna należy się niezwłocznie. Ludzie znajdujący się na miejscu tragedii na ogół są w szoku. Wszyscy. W takim momencie zarówno pokrzywdzony jak i ratownik czy lekarz muszą się przełamać, mimo, że obraz jaki kreuje rzeczywistość przed ich oczami budzi przerażenie. Ratujący muszą umieć zrozumieć często „dziwne” i niepokojące zachowania prezentowane przez osoby poszkodowane co pozwoli im zachować wobec nich empatię i fachowo udzielać wsparcia medycznego, a także psychologicznego [9].

Cechami takimi jak opisane wyżej przypadki charakteryzują się m.in. zdarzenia masowe. Medyczne działania ratownicze podejmowane w takowym momencie powinny stać na jak

najwyższym poziomie. Potrzeba ogromnej ilości czasu oraz ćwiczeń, aby podczas akcji ratowniczej zapewnić jak najlepsze standardy postępowania. Oprócz dylematów etycznych i formalnych, które ratownik musi rozstrzygnąć sam i to w jak najkrótszym czasie, na miejscu zdarzenia masowego pojawiają się również inne problemy, chociażby te związane z logistyką czy też organizacją podejmowanych działań. W niniejszej pracy pokrótce omówione zostały problemy prawno – moralne w zdarzeniach masowych oraz schemat najwłaściwszego postępowania podczas tych zdarzeń w ujęciu ogólnym na podstawie dostępnej literatury przedmiotu.

## **Definicja darzenia masowego**

Rozważania na temat decyzji prawno – moralnych w zdarzeniach masowych warto rozpocząć od wyjaśnienia kilku istotnych pojęć.

Podział zdarzeń z medycznego punktu widzenia:

- zdarzenie pojedyncze – nagły wypadek, w którym poszkodowana jest jedna osoba i możliwe jest udzielenie jej pomocy medycznej w pełnym zakresie, zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi;
- zdarzenie mnogie – nagły wypadek, w którym poszkodowanych jest więcej niż jedna osoba ale możliwe jest udzielenie wszystkim poszkodowanym jednocześnie pomocy medycznej, zgodnie z obowiązującymi procedurami ratowniczymi. Wszystkie osoby wymagające natychmiastowych działań ratowniczych (grupa czerwona) są właściwie zaopatrywane;
- zdarzenie masowe – nagły wypadek, w którym liczba osób poszkodowanych jest duża. Udzielenie pełnej pomocy wszystkim poszkodowanym jest możliwe z wykorzystaniem lokalnych sił i środków. Natura tego typu zdarzenia wymusza pójście na pewne kompromisy medyczne, gdyż liczba poszkodowanych wymagających natychmiastowych działań ratowniczych (grupa czerwona) przekracza możliwości podmiotów ratowniczych obecnych na miejscu zdarzenia w danej fazie działań [10].

Z powyższego podziału należy wnioskować, iż :

- liczba poszkodowanych nie stanowi jedyne kryterium określającego charakter zdarzenia;
- w sytuacji braku poszkodowanych z tzw. grupy czerwonej zdarzenie nie może być zakwalifikowane jako masowe;

- główny wpływ na zastosowanie danych procedur działania ma związek pomiędzy zdolnością obecnych na miejscu zdarzenia sił i środków, a zapotrzebowaniem na medyczne działania ratownicze dokonywane natychmiast w danej chwili;
- charakter zdarzenia może ulec zmianie w czasie prowadzonych czynności ratowniczych, może przeobrazić się ze zdarzenia masowego na mnogie, aby w końcu przybrać postać zdarzenia pojedynczego [10].

Powyższy podział ma znaczenie w celu prawidłowego wykorzystania sił i środków medycznych, a także w przypadku postępowania wyjaśniającego lub roszczeniowego [10]. Wiadomym jest, że w sytuacji gdy poszkodowanych jest więcej niż jeden, takie zdarzenie ma charakter mnogi, aż do chwili, gdy po dokonaniu segregacji medycznej okaże się, że liczba poszkodowanych znajdujących się w stanie wymagającym natychmiastowej pomocy medycznej przewyższy zdolność służb ratowniczych, które będą obecne w danej chwili w miejscu wypadku.

Analizując definicję zdarzeń warto nawiązać także do pojęcia *katastrofy*.

Można ją określić jako sytuację, która swym zasięgiem wykracza znacznie poza cechy zdarzenia charakteryzującego wypadek (Szczekociny). Ona sama w sobie wypadkiem nie jest. Jest to zupełnie inne zdarzenie. Jest to coś co w służbach ratunkowych, a w szczególności zaś w medycynie definiuje się jako sytuację powodującą takie zniszczenia i negatywne skutki dla zdrowia, których nie można opanować przy zastosowaniu dostępnych każdorazowo procedur postępowania oraz sił i środków. Bardzo często należy tu wykorzystać pomoc z zewnątrz. Zdarza się, że wiele wypadków masowych dla lokalnych służb ratowniczych stanowi formę katastrofy. Bardzo często gdy obrażenia dotyczą większą liczbę poszkodowanych środki masowego przekazu albo też ludzie obecni na miejscu zdarzenia podają do informacji publicznej nie do końca prawidłowo sprecyzowaną wiadomość, że gdzieś miał miejsce wypadek masowy. Takie błędne sformułowania wynikają m. in. z braku znajomości specyfiki ratownictwa medycznego [11].

Ze względu na przyczyny powstawania katastrofy można podzielić na:

- *naturalne* (powodzie, trzęsienia ziemi, tsunami, tajfuny);
- *techniczne* (katastrofy budowlane, awarie tankowców, samolotów);
- *społeczne* (zamieszki uliczne);
- *intencjonalne* (konflikty zbrojne, terroryzm) [12].

Skutki katastrof mogą być różnorodne; to nie tylko ofiary w ludziach i zniszczenie mienia. Pamiętać należy o zniszczeniu środowiska, epidemiach chorób zakaźnych, pogorszeniu warunków ekonomicznych państwa czy nawet całych regionów świata.

W sytuacji gdy dochodzi do tragedii decyzję o uznaniu zdarzenia za masowe czy za katastrofę podejmuje pierwszy przybyły na miejsce zdarzenia dowódca jednostki Państwowej Straży Pożarnej, lub kierownik zespołu ratownictwa medycznego, który od tego momentu staje się Kierującym Działaniami Ratowniczymi – KDR [13].

Reasumując i nawiązując do rozważanego pojęcia zdarzeniem masowym należy określić zatem taką sytuację, w której liczba ofiar oraz rodzaj doznanych przez nie obrażeń, nie pozwalają na zapewnienie pomocy medycznej pacjentom najbardziej jej potrzebującym zgodnej ze standardem przyjętym w codziennej praktyce przez jednostki ratownicze i placówki medyczne, zabezpieczające miejsce zdarzenia i udzielające pomocy na dalszych etapach postępowania [14,15].

W dzisiejszym świecie liczba zdarzeń o charakterze wypadków masowych ciągle się zwiększa. Przyczyn tego zjawiska można dopatrywać się w postępie cywilizacyjnym oraz niekorzystnych zmianach zachodzących w naszym otoczeniu [15]. W większości są to sytuacje nagłe, niespodziewane, podczas których liczba poszkodowanych znacznie przerasta możliwości lokalnych służb ratowniczych. Bardzo często wiążą się z nimi trudne warunki terenowe, trudności związane z dostępem do poszkodowanych, np. ludzi zaklinowanych w pojazdach (katastrofa kolejowa pod Szczekocinami w 2012 roku) lub osób uwięzionych pod gruzami (zawalenie się hali podczas wystawy gołębi w Katowicach w roku 2006 lub wypadek w Kopalni „Wujek” w 2009 roku) [13]. Sytuacje też często występują w uciążliwych warunkach atmosferycznych albo też przy ograniczonej widoczności, związanej chociażby z porą nocną (zawalenie się kamienicy w Katowicach w wyniku wybuchu najprawdopodobniej gazu w roku 2014, w której zginęła trzyosobowa rodzina, a czwarta osoba zmarła w szpitalu). Działania służb medycznych, które w takich sytuacjach odbywają się pod dużą presją są szczególnie skomplikowane ze względu na rozmiar tragedii oraz na niespotykaną w codziennej pracy nieprzewidywalność.

W przypadku katastrofy lub zdarzenia masowego Jan Ciećkiewicz uważa, że możliwość uratowania jak największej liczby poszkodowanych występuje w tzw. fazie wstępnej i zależy głównie od tego ile z osób biorących udział w samym wypadku lub świadków zdarzenia potrafi udzielić pierwszej pomocy. Chodzi tutaj głównie o udrożnienie dróg oddechowych zwłaszcza u nieprzytomnych, a także o podtrzymywanie oddechu czy zatamowanie krwawienia. Jednak mimo podjętych działań by lokalny system ratownictwa mógł

prawidłowo zadziałać kluczowym elementem jest zawiadomienie służb ratunkowych. Od tego momentu personel medyczny może bowiem rozpocząć swoje działania, zmierzające do udzielenia wszechstronnej pomocy ofiarom [16].

Szybkość reakcji i systemu ratownictwa oraz właściwe zorganizowanie akcji ratunkowej zależy od informacji, dotyczących miejsca zdarzenia. Takie dane przekazuje osoba wzywająca pomocy. Im więcej szczegółów poda, np. opis miejsca, w którym wypadek miał miejsce, liczba rannych i tych lekko poszkodowanych oraz rodzaj zdarzenia, tym szybciej ta pomoc dotrze. Dyspozytor medyczny natychmiast kieruje w to miejsce karetki z zespołem ratowniczym. Równocześnie zawiadamiane są inne służby takie jak straż pożarna i policja, które współpracują ze sobą na poziomie chociażby możliwości wezwania ich pod jednym wspólnym numerem telefonu 112 z telefonów stacjonarnych i komórkowych. Umożliwia to rozpoczęcie wspólnej pracy zmierzającej do postawienia w stan gotowości innych jednostek służb ratowniczych i placówek szpitalnych. Zatem im większy rozmiar zdarzenia tym większe znaczenie odgrywa prawidłowa organizacja podejmowanych działań i sprawne koordynowanie nimi pod względem bezpieczeństwa, logistyki [16].

Zgodnie z podziałem głównymi działaniami medycznymi podejmowanymi w takich zdarzeniach gdzie następuje interwencja służb ratownictwa medycznego są: zarządzanie, segregacja medyczna, leczenie i transport. Decydującą rolę odgrywa również sprawne zarządzanie dostępnymi siłami i środkami zaplecza medycznego oraz jednostek wspierających ich działania, a także dostępność mobilnej techniki komputerowej i rozwiązań teleinformatycznych [14]. Ważne jest aby wszystkie działania podejmowane w obrębie poszczególnych ogniw pomocy były przemyślane, decyzje, które się podejmuje były trafne, by nikogo nie zostawić bez pomocy, zabezpieczyć odpowiednio miejsce samego wypadku jak i działań objętych organizacją pomocy. To pozwoli na prawidłowe przeprowadzenie akcji ratowniczej i mimo często trudnych decyzji przed którymi staje ratownik medyczny niesiona pomoc osiągnęła zamierzony cel, a mianowicie pozwoliła uratować jak najwięcej ludzi.

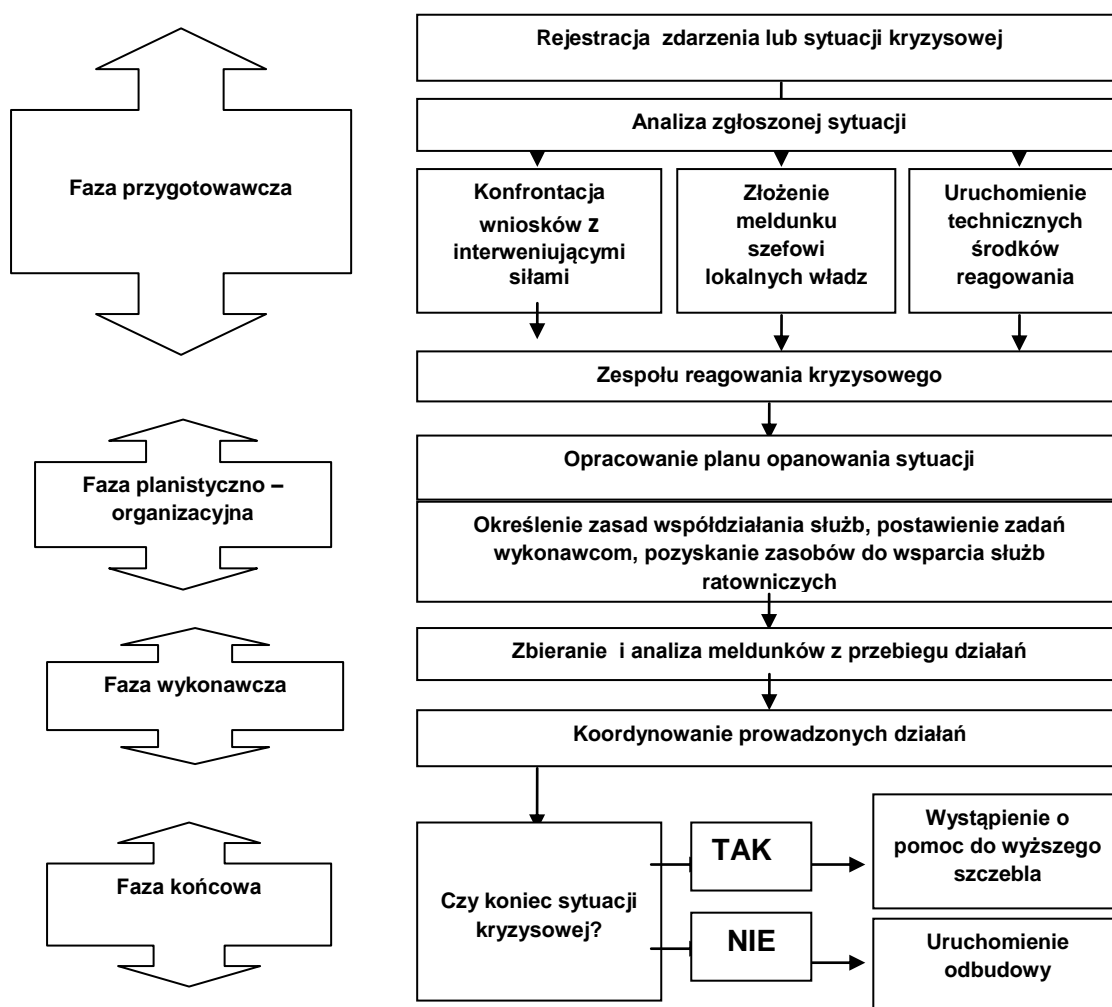
## **Zarządzanie**

W zdarzeniach masowych zarządzanie działaniami ratowniczymi odgrywa decydującą rolę. Można ją określić jako zdolność do wdrożenia posiadanych sił i środków, zmierzającą do rozwiązania danego problemu, który został postawiony przed przywódcą czy też służbami ratowniczymi. Pomoc medyczna często składa się z dużej ilości podmiotów ratowniczych albo zespołów ratownictwa medycznego, prezentujących różny stopień kompetencji [14].

Skuteczność powodzenia akcji ratowniczych oraz działania służb medycznych zależy przede wszystkim od szeregu odpowiednich przedsięwzięć, które muszą zostać podjęte i natychmiast wdrożone na miejscu zdarzenia. Ze względu na ograniczoną dostępność sił i środków nie jest możliwe udzielenie pełnej i jednocześnie pomocy wszystkim poszkodowanym [17]. W takiej sytuacji istotnym elementem, który okazuje się pomocny w sprawnym zarządzaniu podległymi jednostkami jest stworzenie na miejscu wypadku specyficznego systemu zarządzania, dzięki któremu będzie można wpływać na osoby niosące pomoc, które podejmują się w swoich czynnościach realizacji określonych zadań. Wynika z tego, iż budowanie owego systemu stanowi podstawową umiejętność, jaką powinien posiadać lider ratownictwa medycznego, który działa w zdarzeniu masowym [14].

W ramach monitoringu zagrożeń prowadzonego codziennie przez Wojewódzkie Centrum Zarządzania Kryzysowego w sytuacji zaistnienia sygnałów dotyczących zdarzenia kryzysowego stosuje się poniższą procedurę [18].

Ryc. 1. Cykl zadaniowy zarządzania kryzysowego w sytuacji kryzysowej [18]





Należy zaznaczyć, że oprócz wyspecjalizowanych służb ratowniczych w miejscu wystąpienia zdarzenia o większym rozmiarze i zasięgu pojawiają się jednostki, które nie stanowią integralnej części systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Podejmują się one jedynie współpracy z systemem, tak jak na przykład Polski Czerwony Krzyż (PCK), Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR) lub harcerze. Na miejscu zdarzenia współpracują ze sobą głównie służby ratownictwa medycznego i straż pożarna, realizując różnorodne zadania. Ponadto zachodzi tam współpraca z centrum dyspozytorskim oraz szpitalem, w celu odpowiedniej organizacji pomocy poszkodowanym na dalszych etapach. Dlatego można obawiać się zaistnienia problemów, dotyczących sprawnej koordynacji działań, związanych z wydawaniem dyspozycji dla ratowników medycznych i wykorzystaniem sprzętu, jakim owe służby dysponują. Rozwiązaniem może być tutaj wykorzystanie technik teleinformatycznych, które w dzisiejszej dobie postępu cywilizacyjnego sprawiają, że sposób na odpowiednią organizację działań ratowniczych stanowić będzie fachowa i profesjonalna telemedycyna [14].

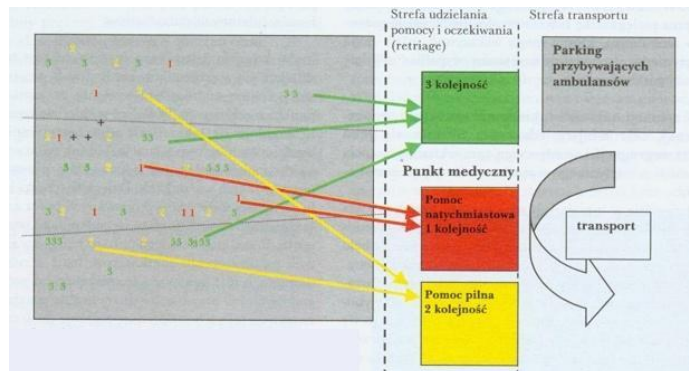
Podczas akcji ratowniczej bardzo ważna jest organizacja logistyczna. Z uwagi na ten fakt można wyróżnić następujące fazy na miejscu zdarzenia:

- *faza wstępna*, czyli uchwycenie najważniejszych zagrożeń występujących na miejscu działań w jak najszybszym czasie oraz powiadomienie odpowiednich służb;
- *faza konsolidacji*, która rozpoczyna się wraz z przybyciem służb ratowniczych, na przykład jednostek Państwowej Straży Pożarnej. Ważnym aspektem w tej fazie jest sprawne działanie jednostek ratowniczych, zgromadzenie odpowiedniej ilości sił i środków potrzebnych do przeprowadzenia akcji, oraz prawidłowe kierowanie działaniami ratowniczymi, poprzez szybkie rozpoczęcie segregacji poszkodowanych i wstępnej pomocy medycznej na miejscu zdarzenia;
- *faza usuwania skutków*, czyli transport poszkodowanych do szpitali i usuwanie szkód na miejscu wypadku;
- *faza odległa*, która ma na celu dokonać analizy zdarzenia oraz przeprowadzonych działań ratowniczych, aby w przyszłości udoskonalić system działania służb medycznych podczas zdarzeń masowych [17, 19].

Na miejscu zdarzenia można również wymienić trzy strefy, w obrębie których działa personel medyczny: strefa bezpośredniego zagrożenia życia wyznaczona przez dowódcę jednostki Państwowej Straży Pożarnej, która pierwsza przybyła na miejsce zdarzenia, strefa transportu oraz strefa bezpieczna, w której odbywa się wtórna segregacja medyczna

i podejmowane jest wstępne leczenie poszkodowanych. Osoby zakwalifikowane do ewakuacji są „układane” w odległości 1,5 m od siebie by zapewnić służbom medycznym swobodny do nich dostęp [19].

Ryc. 2. Działanie w strefie bezpiecznej [13]



Aby działania podejmowane przez służby ratunkowe były efektywne, priorytetowym celem powinno być zminimalizowanie czasu przebywania poszkodowanych na miejscu zdarzenia. W pierwszej kolejności ratownicy medyczni zobowiązani są wyłącznie do wykonywania tylko tych czynności ratunkowych, które są niezbędne do uratowania ludzkiego życia, tj. utrzymanie podstawowych parametrów życiowych, czy tamowanie krwotoków. W związku z występowaniem ograniczonych możliwości ratowniczych kluczowe znaczenie ma wdrożenie segregacji medycznej osób poszkodowanych. Jej celem jest odszukanie przez cały okres trwania akcji ratunkowej jak największej ilości osób, które znajdują się w bezpośrednim stanie zagrożenia życia w jak najkrótszym czasie [19].

Organizacja pracy służb medycznych, wzajemna korelacja jej poszczególnych elementów podczas katastrofy, gdzie liczba ratowników i sprzętu medycznego jest bardzo duża, znacznie ułatwia sprawne prowadzenie akcji ratunkowej. Pozwala to uniknąć chaosu i destabilizacji w podejmowaniu ważnych i czasami niezwykle trudnych decyzji, które mogłyby negatywnie oddziaływać na końcowe efekty leczenia ofiar wypadku, a także odbić się na bezpieczeństwie służb ratowniczych. W tak ciężkim momencie jak zdarzenie masowe podejmowanie decyzji o kolejności ratowania ludzkiego życia jest niezwykle dramatyczne oraz wzbudza wątpliwości natury moralnej. Dodatkowo znaczenie funkcjonariuszy straży pożarnej i wielu innych służb pomocniczych w punkcie medycznym jest bardzo pomocne. Są to kolejne, chętne ręce do pracy, oczy do patrzenia i głowa do myślenia w sytuacji, gdy ogrom ludzkiego cierpienia jest niewyobrażalny i kiedy należy dokonać słusznego i szybkiego wyboru, mając na uwadze przede wszystkim uratowanie człowieka.

# Segregacja medyczna poszkodowanych – problemy etyczne i moralne

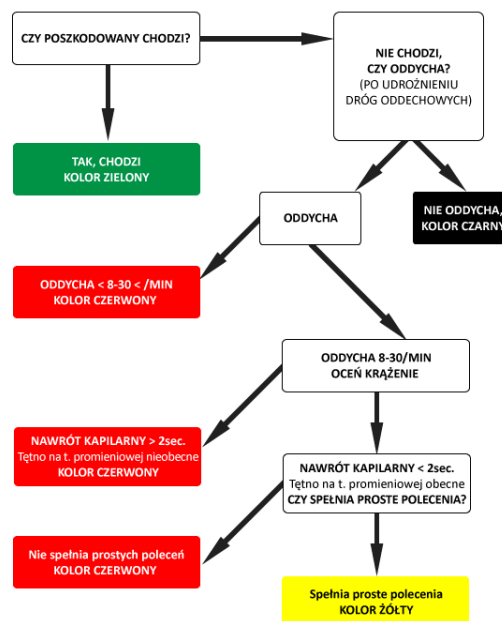
W zdarzeniu masowym już na początku działania służb ratowniczych pojawia się konieczność dokonania segregacji medycznej osób poszkodowanych. Triage, czyli procedura medyczna występująca w ratownictwie medycznym pozwala na zdecydowanie o kolejności udzielenia pomocy pacjentom, w zależności od rodzaju ich urazów [20, 21].

Segregację medyczną na miejscu zdarzenia rozpoczyna zespół ratownictwa medycznego, który jako pierwszy tam dotrze. Podczas oceny stanu pacjentów, zostają nadane im kolory, które mówią o tym, który przypadek należy traktować priorytetowo [19].

Nadawane kolory oznaczają kolejno:

- Kolor czerwony – jest to pacjent priorytetowy, wymagana jest w tym wypadku ewakuacja, pomoc medyczna i transport w pierwszej kolejności. Pacjent przy właściwej opiece medycznej rokuje na przeżycie i powrót do zdrowia;
- Kolor żółty – są to pacjenci, którzy odnieśli obrażenia i wymagają pomocy medycznej, jednak opóźnienie w jej wdrożeniu nie zagraża ich życiu;
- Kolor zielony – są to pacjenci, którzy przeżyją, niezależnie od rodzaju udzielonej pomocy;
- Kolor czarny – dotyczy pacjentów, którzy są prawdopodobnie nie do uratowania w danej sytuacji [28].

Ryc. 3. Zasady określania priorytetów/nadawania kolorów [28]:



Celem zastosowania metody triage'u jest przeżycie jak największej ilości osób. W takich szczególnych sytuacjach służby medyczne muszą być przygotowane na podjęcie drastycznych decyzji o podejmowaniu, bądź też zaprzestaniu czynności ratunkowych wobec poszkodowanych ofiar.

Zmianą, jaka została wprowadzona jest możliwość nadania koloru czarnego poszkodowanym przez osoby wykonujące triage, (ratowników medycznych, pielęgniarki ratunkowe, strażaków), którzy wcześniej mogli oznaczyć ich jedynie kolorem żółtym.

Rzeczą oczywistą jest pojawianie się dylematów moralnych na widok tragedii wielu osób. Medyczne postępowanie na miejscu wypadku masowego obliuguje ratowników do całkowitej zmiany sposobu myślenia, a także do odstąpienia od przyjętych norm postępowania w codziennych warunkach. Istniejące wówczas warunki nie pozwalają na natychmiastowe wdrożenie medycznych czynności ratunkowych w stosunku do każdego jednego pacjenta znajdującego się na miejscu zdarzenia [17]. Ratownik swoje działania powinien uznać za moralnie słuszne, ponieważ wykonuje je na potrzebę uratowania jak największej ilości istnień ludzkich. Jednak w praktyce stosowanie się do zasad segregacji medycznej jest niezwykle ciężkim i obciążającym psychicznie zadaniem.

Najtrudniejszym elementem jest niewystarczające poświęcenie potrzebnego czasu dla osób umierających, bądź też wymagających natychmiastowego leczenia. Podczas zdarzeń masowych niestety może dojść do sytuacji, gdzie ratownik będzie musiał zostawić osobę umierającą, aby móc pomóc drugiej ofierze, która ma większe szansę na przeżycie [22]. W tym miejscu budzą się wątpliwości natury etycznej, a także prawnej. Wszakże art. 162 *Kodeksu Karnego* mówi o obowiązku udzielenia każdemu człowiekowi pomocy w stanie nagłego zagrożenia życia, zwłaszcza przez osoby wykonujące zawód medyczny [23].

Problemy pojawiają się również przy decyzji o transporcie poszkodowanych do szpitala. Mając grupę osób oznaczonych kolorem czerwonym, a więc tak samo ciężko poszkodowanych, pracownik służb medycznych musi podjąć decyzję, którego z nich przetransportować do szpitala w pierwszej kolejności. Takie wybory budzą ogromne emocje i zastrzeżenia natury moralnej [20].

Pewnym usprawnieniem w prowadzeniu akcji ratowniczej już podczas samego transportu pacjentów do szpitala jest możliwość zawrócenia karetki z powrotem do miejsca zdarzenia. Dzieje się tak w przypadku śmierci pacjenta przewożonego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR). Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM), może wtedy zawrócić, następnie pozostawić ciało zmarłego wraz z innymi ciałami na miejscu zdarzenia,

by w dalszym etapie móc przystąpić do udzielania pomocy innym poszkodowanym rokującym na przeżycie.

W obliczu tych dramatycznych wydarzeń, najważniejszym postępowaniem jest profesjonalne podejście do oceny stanu poszkodowanego, oparte na wiedzy i umiejętności ratującego. Przydatne okazują się również jasne i racjonalne wytyczne, mówiące o kolejności transportu pacjentów. Nawet najlepsze wyszkolenie techniczne i wiedza dotycząca segregacji medycznej nie uwolni nas jednak od dylematów moralnych i niepewności dotyczącej właściwego wyboru podczas zdarzeń masowych [20, 22].

## **Wsparcie psychologiczne poszkodowanych**

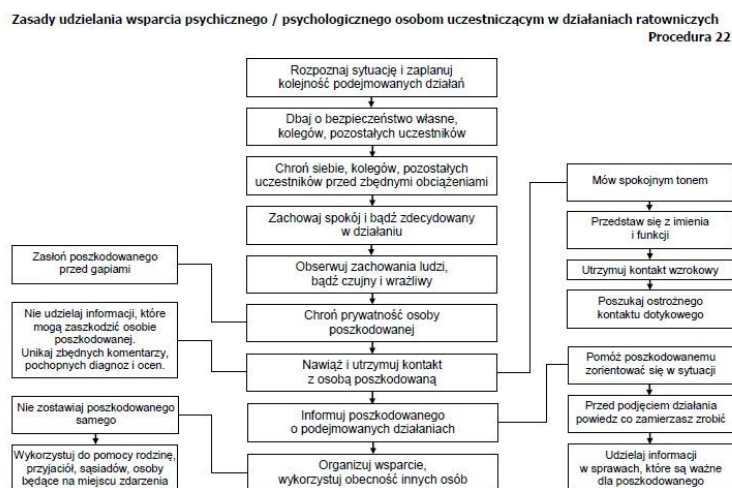
W momentach wystąpienia zdarzenia masowego oprócz niezbędnej pomocy medycznej, udzielanej przez służby ratownicze, istotnym elementem jest również wsparcie psychologiczne osób poszkodowanych. Trudność tego zadania wynika z faktu, iż sami ratownicy medyczni podczas akcji ratunkowej są bardzo obciążeni pod względem psychicznym, poddani ogromnej presji ze strony zarówno ofiar oczekujących pomocy, jak i przełożonych [24]. Wobec ratownika zostają postawione wysokie wymagania w obliczu zagrożenia. Konfrontacja ze śmiercią a także poczucie bezsilności wobec zaistniałych sytuacji wywołuje niezwykle silne emocje oraz stres, które mogą niekorzystnie wpływać na postawę i zachowanie pracownika służb medycznych [25]. Jednak ze względu na korzystny wpływ wsparcia oraz wyrażenia empatii w stosunku do poszkodowanego warto, aby oprócz medycznych czynności wziąć również pod uwagę aspekt psychologiczny. Zminimalizuje to owe skutki urazu u ofiar, jak również polepszy późniejszy sposób poradzenia sobie z traumatycznymi wydarzeniami [24].

Bycie uczestnikiem wypadku jest silnym wstrząsem. Prawidłowo prowadzona pomoc i wsparcie psychiczne mogą okazać się pomocne w odzyskaniu poczucia bezpieczeństwa przez ofiarę i przyczynić się u niej do zmniejszenia skutków uczestnictwa w zdarzeniu masowym. Bardzo często od tego zależy ocena działań podejmowanych przez służby ratownicze. Bardzo często również w pamięci poszkodowanych pozostaje obraz tego, w jaki sposób byli traktowani przez ratownika, w jaki sposób owa pomoc była im udzielana, jak się nimi zajmowano. Zdarza się też, że wsparcie pozostaje jedyną możliwą do zastosowania czynnością. Prawidłowo przeprowadzone umożliwia odzyskanie kontroli nad ciałem i umysłem w sytuacjach niezwykle trudnych. Ma to znaczenie także dla samego ratownika. Daje mu większe przekonanie o skuteczności podejmowanych przez niego działań, pozwala

mu odzyskać kontrolę i umożliwia lepsze radzenie sobie nawet w akcjach o bardzo wysokim stopniu trudności. Przynosi to więc korzyść dla obu stron, gdyż z jednej strony istotnie zmniejsza obciążenie psychiczne poszkodowanych, jako ofiar wypadku, pozwalając na szybszy powrót do zdrowia, z drugiej zaś, w stosunku do ratowników, umożliwia lepszą współpracę z poszkodowanymi, zwiększa poczucie bezpieczeństwa oraz ufności do jego osoby i co szczególnie ważne, powoduje zmniejszenie poziomu stresu u osób niosących ową pomoc. Stanowi zatem integralną część działań ratowniczych na miejscu tragedii. Oznacza to, że pomoc i wsparcie psychiczne należy stosować zawsze, bez względu na okoliczności [26].

Po przybyciu na miejsce służb ratowniczych w ludziach poszkodowanych rodzi się nadzieja, na to, że wszystko skoczy się dobrze. Ich zdecydowana, pełna pewności siebie postawa pozwala ofiarom na opanowanie lęku. I mimo, że ręce same rwą się do roboty, a szybka i fachowa ocena sytuacji oraz praktyka ratownicza pozwala na konkretne działanie, zawsze należy jednak pamiętać o bezpieczeństwie swoim i kolegów medyków. Nic za wszelką cenę. To ratownik ma kontrolować sytuację, nie odwrotnie. Tylko wtedy wszystko się uda. I mimo, że nie zawsze jest się w stanie opanować emocje na widok makabrycznych obrazów rysujących się przed oczami, należy zrobić wszystko, by zachować to w sobie i dla innych wykazać się profesjonalizmem. Jest to niezwykle trudne, jednak ofiary jako baczni obserwatorzy potrafią bardzo szybko wychwycić negatywne czy też niepokojące emocje i się im poddać, wpadając w panikę i poczucie jeszcze większego strachu. Rolą ratownika jest zatem informowanie poszkodowanego o podejmowanych czynnościach, zapewnienie mu jak największego poczucia komfortu i prywatności z poszanowaniem jego godności chociażby poprzez np. ograniczenie obecności osób postronnych czy gapiów. Spowoduje to, że ofiara nie tylko uniknie dodatkowego stresu ale również może stać się współuczestnikiem akcji ratunkowej w pełnym jej wymiarze. Pozwoli to na szybkie udzielenie pomocy i ograniczy stres do minimum zarówno u uczestnika wypadku jak i u niosącego pomoc medyczną, gdyż w aspekcie psychicznym ratownik jest również osobą poszkodowaną [26]. O tym mówi procedura 22, zakładająca wsparcie psychologiczne w celu kształtowania właściwych postaw ratowników w stosunku do różnych wydarzeń związanych z udzielaniem przez nich pomocy medycznej [27].

Ryc. 4. Schemat procedury 22 [27]

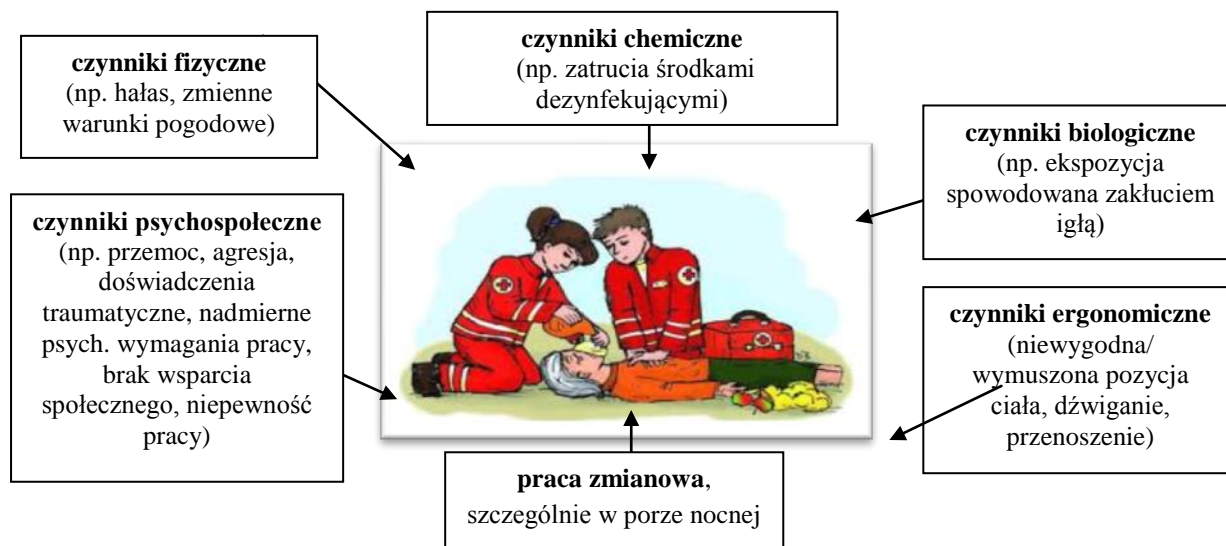


## Wsparcie psychologiczne ratowników medycznych

Praca w jednostkach systemu ratownictwa medycznego niesie ze sobą szereg wyzwań, trudnych decyzji, poczucie odpowiedzialności za drugiego człowieka, obcowanie z chorobą, ale również ze śmiercią. To ciągła praca pod presją czasu. Wobec tych oczekiwań nawet najsilniejszy psychicznie człowiek może wymagać wsparcia psychologicznego. Jest ono nieodzownym elementem działań jakich podejmuje się ratownik, choć w obliczu innych wykonywanych przez niego czynności, zmierzających do ratowania ludzkiego życia, jest zaledwie kroplą w morzu potrzeb. Stres związany z wykonywanym zawodem niesie ze sobą szereg strat nie tylko dla osób dotkniętych owym problemem, ale także dla ich bliskich oraz pracodawców. Należy więc uczynić wszystko aby go zminimalizować albo wręcz całkowicie wyeliminować. Uzmysłwienie sobie, iż stanowi on problem zawodowy i jest czynnikiem bezwzględnie oddziaływującym na każdego pracownika, a nie tylko na tych, którzy się mu poddają, wymaga jeszcze sporo czasu i jest procesem długotrwałym. Dotyczy to osób wykonywujących m. in. zawód funkcjonariusza policji, straży pożarnej, a także ratownika medycznego, czyli oficerów służb związanych z krajowym systemem ratowniczo – gaśniczym. I tak jak w strukturach policji i straży pożarnej uwzględniono już miejsce dla pomocy psychologa, o tyle w strukturach ratownictwa medycznego zdarza się, że związkowcy reprezentujący owe środowisko koncentrują się bardziej np. na prywatyzacji ratownictwa, uznając dostęp do psychologa za problem drugorzędny [29].

Jak powszechnie wiadomo w stosunku do ratownika medycznego poziom stawianych wymagań jest bardzo wysoki. Już sama specyfika tego zawodu ściśle wiąże się z występowaniem sytuacji niebezpiecznych i mocno stresujących.

Ryc. 5. Szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy ratowników medycznych [30]



Istotną niedogodność może tu stanowić różnorodność zdarzeń, miejsca i okoliczności, w których podejmowana jest akcja ratownicza, a także nieprzewidywalność czynników na jakie narażeni są ratownicy medyczni podczas jej wykonywania. Jak wiadomo ta sama pomoc medyczna może być niesiona w kompletnie różnych warunkach, na które mają wpływ chociażby pora roku, dnia, miejsce wypadku (budynek, ulica) czy też rodzaj zdarzenia (zachorowanie, wypadek masowy). Ratownicy są więc przysłowiowo narażeni np. na działanie zarówno niskich (w sezonie zimowym), ale także wysokich (w sezonie letnim) temperatur powietrza, prowadzenie czynności przy ograniczonym dostępie światła (noc, brak prądu) lub też miejscach do tego nieprzygotowanych (ulica, gruzowisko, góry). Dodatkowo ich decyzję podejmowane często w bardzo niesprzyjających warunkach zdarzają się być obserwowane czy też komentowane np. przez przechodniów, będących świadkami danego zdarzenia [30].

Jak wiadomo praca ratownika koreluje z wysokim napięciem, które mogą przeplatać spokojniejsze okresy bądź nawet rutyna. Sama natura traumatycznych zdarzeń, na jakie często ratownicy są narażeni sprawia, że poziom napięcia związanego z wykonywaną pracą zwiększa się. Obcowanie z zagrożeniem ludzkiego życia, śmiercią i czasem nawet z bezsilnością podczas wykonywania czynności ratowniczych, wyzwała ogromne napięcie emocjonalne oraz poczucie wyczerpania psychicznego. Dlatego tak ważne są tu szczególne



predyspozycje, a także wysoka odporność psychiczna do wykonywania tego zawodu. W kontakcie z lekarzem pacjent oczekuje fachowej pomocy, opiera się na jego kompetencjach zawodowych i zaufaniu jakie w nim wyzwała. Ratownik medyczny w sytuacjach bardzo trudnych musi być gotowy na podjęcie decyzji o różnym charakterze, dotyczących chociażby niepodjęcia albo nawet zaprzestania działań ratowniczych. Decyzja ta określana jako „do not resuscitate” wiąże się z pacjentami w bardzo ciężkim lub terminalnym stanie. Równie trudne i stresujące wydarzenie ma miejsce w momencie konieczności przystąpienia do rozpoczęcia albo zaprzestania ze strony ratownika pomocy dla poszkodowanego, który jest już uznany za osobę zmarłą [25]. O specyfice jego pracy dodatkowo świadczy fakt, że jest on zmuszony do wykorzystania umiejętności z zakresu dwóch dyscyplin, czyli poza udzieleniem pomocy medycznej przy znajomości podstaw oddziaływania psychologicznego, zmierza do wspierania ofiary wypadku lub katastrofy. Do jego powinności należy bowiem nie tylko pomoc osobie poszkodowanej w opanowaniu szoku wywołanego urazem, ale także uśmierzanie bólu i udzielanie wsparcia w stresującej sytuacji. Podczas prowadzenia akcji ratownik powinien być aktywny i zdecydowany, jego działania spokojne i cierpliwe, co będzie owocowało zwiększeniem poziomu zaufania ofiary i zapewni jej większe poczucie bezpieczeństwa. Polecenia winny być jasne i zwięzłe. On sam jako osoba niosąca pomoc musi być przygotowany na wysłuchanie relacji czy też skarg pacjentów na temat urazów, musi starać się zrozumieć w miarę możliwości jego stan emocjonalny i sposób reagowania na stres [31, 32]. I chociaż niektóre z przeżyć mogą być trudne do zrozumienia np. zaprzeczanie rzeczywistym faktom albo pretensje do osób, które zginęły w wypadku musi być tą osobą, która to wszystko zrozumie i podejmie fachową pomoc [33].

W ostatnich latach można zaobserwować natężenie się chorób psychosomatycznych w profesji ratownika medycznego. Jak zaznacza Guła fakt, że ratownik jest również „ofiara” wypadków i katastrof stanowił do niedawna temat tabu. Dopiero w ostatniej dekadzie zaczęto zwracać większą uwagę na niepisane reguły, które charakteryzują niejako zachowania ratowników. Dotyczy to m. in. nieokazywania uczuć i niechęci do mówienia o własnych emocjach, związanych z przeprowadzaną wcześniej akcją ratowniczą. Normalne jest również maskowanie przeżyć, a ujawnienie własnej słabości jest traktowane z wyraźną dezaprobatą kolegów i przełożonych. Rzadką postawą jest także odmowa wykonania zadania, której motyw tkwi w tym, że ratownik nie czuje się po prostu na siłach aby mu sprostać. Widać zatem, że stres jaki towarzyszy w jego pracy ma charakter ciągły [32].

Aby prawidłowo opisać reakcje stresowe należy dokonać rozróżnienia ich na sytuacje bezpośrednie (ostre) i odroczone (opóźnione). I tak do reakcji ostrych zaliczamy objawy:

- fizyczne – zmęczenie, drgawki mięśniowe, nudności, tzw. szkliste oczy, dreszcze, zawroty głowy, nadmierne pocenie się, ból głowy, dolegliwości ze strony układu pokarmowego;
- emocjonalne – lek, depresyjny nastrój, gniew, rozdrażnienie, uczucie przytłoczenia problemami;
- poznawcze – czasowa utrata pamięci, niezdecydowanie i trudności z rozwiązywaniem problemów, niemożność skupienia uwagi [31].

Do opóźnionych reakcji stresowych zaliczyć można np. natrętnie powracające wspomnienia, nasilone poczucie winy lub nieudolności, objawy depresyjne, zaburzenia snu, odżywiania i funkcji seksualnych, unikanie sytuacji stresowych, utrata zainteresowania pracą (liczne zwolnienia lekarskie), izolacja od ludzi, zapadanie na choroby psychosomatyczne np. cukrzyca, choroba wrzodowa oraz myśli samobójcze [32, 33]. Syndrom opóźnionych reakcji na stres w odniesieniu do pracowników służb ratowniczych jest w ostatnim czasie przedmiotem badań m. in. w Polsce. Jest określany skrótem PTSD (Post Traumatic Stress Disorder – zespół stresu pourazowego) [34].

W momencie narażenia na stres zawodowy zaleca się konstruktywne sposoby radzenia sobie z nim takie jak: usprawnienie trybu życia, przeznaczenie większej ilości czasu na aktywny wypoczynek, zaangażowanie się w życie rodzinne, uprawianie sportu, hobby, dbałość o prawidłową dietę i stosowanie technik relaksacyjnych. W sytuacji kiedy owe sposoby nie przynoszą pożądanych efektów jedynym właściwym wyjściem jest fachowa pomoc psychologiczna lub psychiatryczna [31]. Co prawda istnieją jeszcze bardziej destruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem takie jak sięganie po alkohol albo też nadużywanie substancji psychoaktywnych, ale przynoszą one jedynie krótkotrwały efekt i na niedługi czas redukują odczuwane napięcie psychiczne, prowadząc do nawarstwiania się problemów. Dla niektórych osób sposobem na załagodzenie odczuwanego napięcia jest palenie papierosów czy też stosowanie zbyt dużej ilości napojów energetyzujących zawierające duże ilości substancji pobudzających jak np. kofeina, guarana.

W służbach ratowniczych stosuje się metody oddziaływań psychohigienicznych takich jak defusing – rozładowanie i debriefing – przedyskutowanie. Jest to szczególnie ważne po ciężkich akcjach ratowniczych, kiedy ratownik ma możliwość podzielenia się opiniami przeżyciami z innymi uczestnikami zdarzeń, co pozwala skuteczniej i znacznie szybciej radzić sobie z negatywnymi konsekwencjami stresu. Rozładowanie (defusing) trwa krótko, bo około 10 – 30 minut i następuje zwykle bezpośrednio po akcji. Polega na spotkaniu ratowników i dobrowolnym wyrażeniu własnych opinii i uczuć dotyczących

przeprowadzanych działań [31]. Debriefing prowadzony jest zwykle przez fachowca tj. psychologa lub psychiatrę w 24 – 48 godzin po akcji. Polega na grupowym omówieniu zdarzenia i działań, które były tam podejmowane w celu odzyskania równowagi wewnętrznej zespołu ratowniczego [31, 32].

Widać zatem, iż problem stresu w pracy ratownika medycznego jest bardzo istotnym zagadnieniem. W celu zniwelowania negatywnych jego skutków należy podjąć działania zmierzające do podniesienia poziomu zachowań zdrowotnych w omawianej grupie zawodowej, które powinny dotyczyć regularnych szkoleń i warsztatów psychologicznych oraz spotkań grupowych, zwłaszcza po bardzo trudnych i wyczerpujących akcjach ratowniczych. Tematy szkoleń powinny dotyczyć stresu i sposobów radzenia sobie z nim, umiejętności rozładowania napięcia psychicznego, a także właściwego radzenia sobie z emocjami. W sytuacji gdy będą mieli taką możliwość skorzystania z oferowanej pomocy z pewnością nie będą np. sięgali po alkohol lub inne środki aby móc poradzić sobie z nagromadzonymi, trudnymi przeżyciami.

## **Podsumowanie – wnioski**

Na temat aspektów pracy ratownika można by wiele napisać. Decyzja o podjęciu tego zawodu powinna być zatem bardzo starannie przemyślana. Zawód ten jest niezwykle trudnym zawodem. Wymaga skupienia oraz umiejętności podejmowania odpowiedzialnych decyzji. Aby go wykonywać należy posiadać nie tylko odpowiednie kwalifikacje i wiedzę, ale także pewne cechy, które ułatwią jego wykonywanie i sprawią, że będzie się go wykonywało całym sercem. Nie ma tu miejsca na popisy czy brawurę. Odpowiada się za ludzkie życie, pacjenta oraz członków zespołu. W takiej sytuacji należy postępować sprawnie, z rozmysłem, w sposób opanowany zgodnie z przyjętymi procedurami. Warunki pracy w tym zawodzie nie należą do łatwych. Pracuje się w ciągłym napięciu, stresie, w stanie ciągłej gotowości. Rozkład pracy mimo przerw wypełniony jest 12 godzinnymi dyżurami. Nieregularność negatywnie wpływa na życie rodzinne i towarzyskie. Dodatkowy czynnik stanowi odpowiedzialność i zagrożenia, na które ratownik jest nieustannie narażony. Jazda ambulansem przy dużej prędkości, by móc zdążyć na czas na miejsce zdarzenia, wymaga dużej sprawności i refleksu. Kontakt z osobą poszkodowaną wiąże się ze stycznością chociażby z jej płynami ustrojowymi czy też wydzielinami. Chwila nieuwagi może zaowocować zakażeniem różnymi chorobami zakaźnymi. Agresja np. słowna może występować zarówno ze strony rannych w danym zdarzeniu jak i ze strony ich najbliższych.

Odpowiedzialność jaką ponosi ratownik medyczny podczas pełnionych obowiązków jest odpowiedzialnością za drugiego człowieka. Błędnie podjęta decyzja może znacząco zaważyć na zdrowiu czy nawet życiu drugiego człowieka. Lecz mimo tych obciążeń praca ratownika jest służbą, służbą na rzecz ratowania ludzkiego istnienia. Jej rolą nie jest leczenie, ale utrzymanie człowieka przy życiu, zmniejszenie powikłań i przetransportowanie go do właściwego ośrodka medycznego. I mimo, iż napotyka on na szereg trudności związanych chociażby z koniecznością dokonywania trudnych wyborów jest zawodem niezwykle i wartym polecenia.

## Abstract

The primary task of a paramedic is to provide assistance to any person in the life-threatening condition. Implementation of the role that is entered in this profession is the ability to maintain continuous readiness for immediate rescue operations as soon as possible, appropriate organization of rescue actions, segregation of victims and psychological support. In his work, the rescuer must often make difficult decisions in order to save as many people as possible. This is also why his life is exposed to additional stress, triggering a variety of emotions and behavior. A number of measures undertaken by specialist seek to restore in their everyday life and harmony. The purpose of this work is an attempt to bring the toil and mental burdens as a paramedic during mass events, its obligations arising not only from legislation and moral awareness, but also to show the consequence experienced events and their impact on daily functioning.

**Key words:** mass event, triage, legal and moral problems, paramedic

## Bibliografia

1. Bafia J, Miodunki K, Siewierski M. *Kodeks karny – komentarz*. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1987, 122-125.
2. Konstytucja RP (Dz.U. 1997, Nr. 78, poz. 483)
3. Konieczny J, Wawrzynowicz A, Patalas E. *Ratownictwo w systemie bezpieczeństwa publicznego wybór źródeł*. Garmond Oficyna Wydawnicza, Poznań – Inowrocław 2002, 9, 36, 39, 69 – 88.
4. <http://natemat.pl/3963,ratownictwo-w-przypadku-katastrofy-przypomina-medycyne-wojenna-wielu-rannych-trzeba-zostawic>

5. Kofta M. *Wolność wyboru* W: Gliszczyńska X (red) *Człowiek jako podmiot życia społecznego*. Ossolineum Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk – Łódź 1983, 121
6. Zdzisław J. Ryn: *Nurty etyczne w ratownictwie górskim*. Studia Humanistyczne Nr 1, AWF Kraków, 2001.
7. Ciećkiewicz J. *Ratownictwo Medyczne w wypadkach masowych*. Wydawnictwo Medyczne Górnicki, Wrocław 2005, 184
8. Nowak A. *Triage w zdarzeniach masowych* 2004; 143
9. Perlak M. *Reakcje stresowe na zdarzenia krytyczne* Na Ratunek 5/13, 52-55
10. <http://www.kwpsp.wroc.pl/doc/aktualnosci/manewry/dydaktyka.pdf>
11. [http://www.bezpieczenstwopubliczne.pl/aktualnosci/1300,0,8,,wypadek\\_masowy\\_%E2%80%93\\_specyfika\\_dzialan\\_ratowniczych\\_.html](http://www.bezpieczenstwopubliczne.pl/aktualnosci/1300,0,8,,wypadek_masowy_%E2%80%93_specyfika_dzialan_ratowniczych_.html)
12. Zawadzki A. *Medycyna ratunkowa i katastrof*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2006, 370
13. <http://ratunek24.pl/organizacja-logistyczna-duzych-akcji-ratowniczych>
14. <http://ratownictwo.wasko.pl/artykuly/item/42-wypadek-masowy>
15. Wójcik G, Knap O, Radek K. *Zdarzenia masowe i wstępna segregacja medyczna – czy można jeszcze prościej?* Na Ratunek 5/12, 16-21
16. Ciećkiewicz J. *Organizacja pomocy medycznej w wypadkach masowych i katastrofach* W: *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych* (red.) Ciećkiewicz J. Wrocław 2010, 30 – 38
17. Goniewicz K., Goniewicz M. *Rola ratownictwa medycznego w sytuacjach kryzysowych na przykładzie katastrof i wypadków masowych*. Wyd. Akademii Obrony Narodowej 2011, 303 – 314
18. Bąk T., *Zarządzanie kryzysowe w sytuacji katastrofy kolejowej* Ostry Dyżur 1/13 t. 6 12-16
19. Nadolny K, Kucap M, Szwedziński M. *Organizacja logistyczna dużych akcji ratowniczych*. Na Ratunek 5/13, 56-61
20. Kurlito – Kalitowska E, Palimonka K, Łukasik S. *Wybór moralny w triage'u- refleksje*. Pielęgniarki i Położne nr 11 2014, 17-19.
21. Mackway – Jones K, Marsden J, Windle J. *Triage. Ratunkowa segregacja medyczna*. Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
22. [http://etykapraktyczna.pl/katalog-etyki?task=viewlink&link\\_id=1476](http://etykapraktyczna.pl/katalog-etyki?task=viewlink&link_id=1476)  
Hartman J. *Etyczne problemy segregacji poszkodowanych i działań ratowniczych w ogólności*

23. Kodeks karny (Dz.U. 1997, Nr 88, poz. 553 z późn. zm.)
24. Kapler M. *Człowiek w sytuacji zagrożenia- zachowania, zjawiska i reakcje*. Na Ratunek 3/12, 43-47.
25. Binczycka – Anholcer M., Lepiesza P. *Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego* Hygeia Public Health 2011, 46(4): 455-461
26. Cedro A., Mędrzycka K. *Wsparcie psychiczne jako element ratownictwa medycznego ratownik – poszkodowany*
27. <http://kppspbedzin.pl/index.php/materialy-szkoleniowe/ratownictwo-medyczne/procedury-medyczne/>
28. <http://www.centrumtriage.pl/system-triage.html>
29. Kołodziej B. *Potrzeba wsparcia psychologicznego ratowników medycznych w kontekście wsparcia psychologicznego funkcjonariuszy policji i straży pożarnej* JEcolHealth, vol. 15, nr 1, styczeń-luty 2011, 35-38
30. [http://www.zus.pl/files/dpir/Materialy\\_Profilaktyka\\_nadmiernego\\_obciazenia\\_ukl\\_ruchu\\_ratownikow\\_medycznych.pdf](http://www.zus.pl/files/dpir/Materialy_Profilaktyka_nadmiernego_obciazenia_ukl_ruchu_ratownikow_medycznych.pdf)
31. Kokoszka A. *Psychologia w pracy ratownika medycznego*. W: Jakubaszko J. [red.]. *Ratownik medyczny*. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2007, 5-8
32. Guła P. *Psychologiczne aspekty katastrof*. W: Ciećkiewicz J. [red.]. *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych*. Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2008, 62-64
33. Schimelpfenig T. *Pierwsza pomoc w warunkach ekstremalnych*. Bellona, Warszawa 2008
34. <http://www.swps.pl/poznan/poznan-sekcja-nauka-i-rozwoj/680-wroclaw-aktualnosci/wroclaw-wroclaw-regionalne/8043-ratownicy-medyczni-tez-sa-narazeni-na-stres>

## Spis rycin

Ryc. 1. Cykl zadaniowy zarządzania kryzysowego w sytuacji kryzysowej

Ryc. 2. Działanie w strefie bezpiecznej

Ryc. 3. Zasady określania priorytetów/nadawania kolorów:

Ryc. 4. Schemat procedury 22

Ryc. 5. Szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy ratowników medycznych